

COMMISSION DES LÉSIONS PROFESSIONNELLES

RÉGION : SALABERRY MONTRÉAL, LE 19 OCTOBRE 2000

DOSSIER : 113428-62C-9903 DEVANT LA COMMISSAIRE : Me Lina Crochetière

ASSISTÉE DES MEMBRES : Marc-André Regnier  
Associations d'employeurs

Éloi Lévesque  
Associations syndicales

ASSISTÉE DE L'ASSESEUR : D<sup>r</sup>. Pierre Nadeau

DOSSIER CSST/DRA : 114496003-1 AUDIENCE TENUE LE : 4 mai 2000

À : Montréal

---

JEAN DUCHESNEAU

PARTIE REQUÉRANTE

et

CHEMTECH ENVIRONNEMENT

et

CRI ENVIRONNEMENT INC.

PARTIES INTÉRESSÉES

## DÉCISION

[1] Le 30 mars 1999, monsieur Jean Duchesneau (le travailleur) loge une requête contestant la décision rendue le 26 février 1999 par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (la CSST) dans le cadre de la révision administrative (la révision administrative) qui confirme la décision de première instance, refusant sa réclamation pour maladie professionnelle pulmonaire et mettant fin le 8 décembre 1998 au versement temporaire de l'indemnité de remplacement du revenu en vertu de l'article 129 de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*<sup>1</sup> (la LATMP).

### L'OBJET DU LITIGE

[2] Le travailleur demande à la Commission des lésions professionnelles de reconnaître que la rhinite et le syndrome d'hyperventilation dont il souffre résultent d'une maladie professionnelle.

[3] Le travailleur se présente seul à l'audience. Les employeurs, Chemtech Environnement et CRI Environnement inc, sont absents.

### LES FAITS

[4] Le travailleur est chimiste et superviseur des opérations chez CRI Environnement inc lorsqu'il réclame auprès de la CSST après avoir consulté, le 16 avril 1998, le docteur Y. Cloutier qui émet une attestation médicale quant à la possibilité d'une maladie pulmonaire industrielle et qui recommande un retrait préventif jusqu'au 29 mai 1998. On soupçonne alors que le travailleur souffre d'asthme professionnel.

[5] Ce dernier témoigne avoir œuvré depuis 1992 dans le domaine de la récupération de produits chimiques. De septembre 1992 à janvier 1995, il travaille chez Chemtech Environnement d'abord comme chimiste, puis comme superviseur des opérations. Ensuite, de janvier 1995 jusqu'à l'époque de sa réclamation auprès de la CSST, il travaille chez CRI Environnement inc, un centre de transfert, comme superviseur des opérations. Ces entreprises récupèrent et/ou recyclent divers déchets dangereux domestiques ou industriels. Il affirme avoir été exposé, dans l'exercice de ses fonctions, à des vapeurs de plusieurs produits chimiques.

[6] Chez Chemtech Environnement, ses tâches consistent à recevoir les produits chimiques ou autres (solvants, acides, pesticides, etc) en petites bouteilles « lab pack », à les identifier et ensuite à les mettre en vrac par catégorie avec des matières absorbantes dans des barils de

---

<sup>1</sup> L.R.Q., c. A-3.001.

45 gallons. L'identification du produit se fait sur table à l'air libre. La mise en vrac se fait sous une hotte de ventilation. Cette entreprise ne possède qu'une seule hotte de ventilation et de fortes odeurs de solvants, de vapeurs acides se dégagent dans l'usine. Le travailleur témoigne qu'à cette époque, il ressent des symptômes tels des maux de gorge, le nez bouché, les yeux qui piquent. Après avoir brassé des produits forts, il doit sortir prendre l'air. Toutefois, il ne consulte aucun médecin.

[7] À l'automne 1994, débute la construction du centre de transfert qui sera occupé par CRI Environnement inc. Le travailleur explique que ces deux entreprises appartiennent au même propriétaire. Durant la construction, le travailleur part faire la tournée de villes ontariennes afin de récupérer les produits dangereux dont les citoyens veulent se départir. Il fait la cueillette à l'air libre mais affirme avoir fait de la mise en vrac de produits chimiques durant un mois et demi dans un garage sans ventilation.

[8] En janvier 1995, il commence ses fonctions de superviseur de la production pour CRI Environnement inc. Durant les quatre premiers mois, il n'est pas exposé puisqu'il fait du travail administratif dans un bureau situé dans une partie séparée de l'usine.

[9] Le 11 avril 1995, l'entreprise commence à recevoir des produits chimiques. Il exerce alors ses fonctions de superviseur de la production laquelle est effectuée dans une grande bâtisse mesurant 300 pieds par 75 pieds, à aire ouverte, munie de huit portes de garage. La section où sont traités les « lab pack » possède une ventilation permanente tandis qu'ailleurs cette ventilation se fait sur demande. Lorsque la concentration de vapeurs de produits chimiques est trop élevée, une alarme d'évacuation est déclenchée. Le travailleur affirme que, durant les premiers mois, cette alarme fut déclenchée à six reprises.

[10] Concernant ses symptômes, le travailleur témoigne que depuis 1995, au fur et à mesure que les années passent, des symptômes de maux de gorge apparaissent lorsqu'il est exposé à des émanations de produits chimiques et se résorbent ensuite mais, à partir de janvier 1998, ils ne se résorbent plus et sont même à leur apogée : impression de grippe interminable, maux de gorge, vertige, perte d'équilibre, maux de tête. Ces symptômes apparaissent au travail et s'atténuent en dehors du travail. Après une semaine de vacances au cours de laquelle il se sent mieux, il retourne au travail et après trois ou quatre jours, la situation est insoutenable.

[11] C'est pourquoi le 16 avril 1998, le travailleur consulte le docteur Yvan Cloutier qui suspecte une maladie professionnelle pulmonaire et le réfère au docteur Jean-Luc Malo, pneumologue.

[12] Le 22 mai 1998, le docteur Malo examine le travailleur qui rapporte que, depuis janvier 1998, il a une toux avec expectorations jaunâtres, plus symptomatique lorsqu'il entre au

travail. Il est plus essoufflé mais n'a jamais présenté de sifflements thoraciques. Il n'a pas d'antécédent. À l'examen physique, la pression artérielle est à 140/85, le pouls est régulier et l'auscultation cardio-pulmonaire est normale. Concernant les examens de laboratoire, les tests cutanés d'allergie faits avec une série de pneumo-allergènes sont négatifs en présence d'un témoin positif au phosphate d'histamine. La spirométrie montre un VEMS à 4.3 passant à 4.5 L après bronchodilatateurs pour une valeur prédite de 3.8 L. Le docteur Malo écrit en conclusion qu'il doute que cette toux soit vraiment d'origine asthmatique. Il autorise le patient à retourner au travail et prévoit ensuite faire un test à la méthacoline.

[13] Le 9 juin 1998, le docteur Malo écrit :

« [...] Nous revoyons aujourd'hui M. Duchesneau. Il est retourné à son travail le 1<sup>er</sup> juin et dès le début de l'après-midi a commencé à présenter de la toux, sans sifflement thoracique, mais avec une impression de dyspnée et de " mal aux poumons " avec de la fatigue. Il est retourné au travail le 2 juin, il a travaillé une demi-journée avec la même symptomatologie. Il est retourné le 3 et a dû quitter son travail dans l'après-midi à cause de la même symptomatologie. Il est donc en arrêt de travail depuis le 4 juin au matin.

Nous faisons une demande en bonne et due forme à la CSST. [...] »

[14] Lors de son témoignage, le travailleur confirme cette tentative de retour au travail avec reprise des symptômes et ce nouvel arrêt de travail.

[15] Le 23 juin 1998, le test suivant est effectué et interprété par le docteur Marcel Julien, pneumologue, dans un rapport du 1<sup>er</sup> juillet 1998 :

« INTERPRÉTATION :

Spirométrie de base indiquant un VEMS normal, l'épreuve à la méthacholine est négative avec une CP<sub>20</sub> supérieure à 128mg/ml.

**EN CONCLUSION :**

Absence d'hyperexcitabilité bronchique et d'obstruction. »

[16] Le 23 juin 1998, le docteur Malo écrit :

« [...] Monsieur Duchesneau a donc mesuré ses valeurs de débits de pointe à la maison et ses valeurs sont stables. Sa CP<sub>20</sub> aujourd'hui est au-delà de 128 mg/ml. Nous attendons une demande officielle de la CSST pour compléter l'investigation de monsieur Duchesneau qui devrait être faite par une mesure de la spirométrie sériée en milieu de travail. Vous vous souviendrez que lors d'un retour au travail pour ce patient récemment, une toux importante était apparue rapidement. Nous jugeons approprié que la spirométrie soit suivie sous supervision d'une technicienne de notre laboratoire au moment du retour au travail. [...] »

[17] Le 10 août 1998, le travailleur rencontre le comité des maladies professionnelles pulmonaires (le comité des MPP) composé des pneumologues, les docteurs Gaston Ostiguy, André Cartier et Neil Colman.

[18] Ce comité rapporte ainsi l'histoire occupationnelle :

« Il s'agit d'un patient de 34 ans, chimiste de profession. Monsieur Duchesneau a travaillé comme chimiste et superviseur des opérations, du 1<sup>er</sup> juillet 1992 au 1<sup>er</sup> janvier 1995 pour la compagnie Chemtech Environnement. À cet endroit, il faisait la collecte des produits dangereux et la mise en vrac, c'est-à-dire il codifiait les produits dangereux de 28 catégories à 6 ou 8 catégories différentes. Il était en contact avec des peintures, solvants, produits de nettoyage domestique, des solvants industriels du type Benzénique allogénique, des BPC, des matières contaminées, des pesticides, des produits pharmaceutiques, des acides et des bases. Il travaillait 40 heures par semaine sans aucun symptôme. Il a ensuite travaillé comme chimiste et superviseur des opérations de janvier 1995 jusqu'au 16 avril 1998 pour la compagnie CRI Environnement. Il travaillait environ 35 heures/semaine et il supervisait les gens. Il devait quand même être sur le plancher environ ½ par heure et alors il était en contact avec les senteurs des produits dangereux. [...] »

[19] Au questionnaire cardiorespiratoire, le comité des MPP note :

« En janvier 1998, monsieur Duchesneau a présenté une IVRS qui s'est compliquée d'une sinusite ainsi que d'une bronchite et il est demeuré avec une toux incessante depuis 3 mois, ainsi qu'une asthénie, des problèmes de concentration, des problèmes de motivation, et des pertes de mémoire. Il se plaint d'inappétence avec une perte d'à peu près 2 kilos en 3 mois. Il a travaillé jusqu'au 16 avril 1998, avec une période d'arrêt lors de la tempête du verglas. Au début d'avril 1998, il a pris une semaine de vacances, croyant que sa grippe revenait. Il s'est senti mieux lors des vacances. Au retour au travail, il a eu une reprise de sa symptomatologie après environ 1 à 1½ semaine avec beaucoup de toux et une oppression thoracique qui entraînait une dyspnée d'environ 4/5 au travail et ces symptômes diminuaient avec le retour à domicile. De plus, il présentait des expectorations blanchâtres et jaunâtres sans hémoptysies et sans douleur pleurétique. Le patient a continué à travailler jusqu'au 16 avril 1998, date où il a été en retrait préventif par le docteur Cloutier. Il est retourné au travail au début juin 1998, c'est-à-dire du 1<sup>er</sup> au 3 juin sur la demande du Dr Malo, qui voulait faire des tests en milieu de travail, mais le patient n'a pas vu aucun technicien et a eu une reprise de sa symptomatologie après 3 jours. Il a alors quitté définitivement son travail. »

[20] À l'examen physique, les membres du comité remarquent une légère hyperhémie au niveau de la gorge et notent que le patient déclare avoir eu récemment une infection des voies respiratoires supérieures. L'examen du cou, du thorax, de l'abdomen ainsi que l'auscultation du cœur et des poumons sont négatifs. Aucun autre signe n'est retrouvé (hippocratisme, œdème périphérique, extrémités). Le bilan complémentaire est : hémogramme normal, sédimentation 9, ECG normal, COHb 1%, tests cutanés d'allergie négatifs selon le docteur Malo. Le bilan fonctionnel respiratoire est normal sans évidence d'hyperexcitabilité bronchique avec excellente tolérance à l'effort. Le comité ne dispose d'aucune radiographie pulmonaire.

[21] Voici les conclusions du comité des MPP à la suite de l'examen du 13 août 1998 :

« CONCLUSIONS

**Diagnostic :**

Les membres du Comité n'ont pas actuellement les éléments pour leur permettre de poser un diagnostic de maladie pulmonaire professionnelle. **Monsieur Duchesneau va être pris en charge par la Clinique d'asthme de l'Hôpital du Sacré-Cœur.** On aura à faire des tests de provocation bronchique en usine. Ces tests de provocation bronchique en usine s'accompagneront d'une surveillance de l'hyperexcitabilité bronchique et également d'une étude de la cellularité des sécrétions bronchiques par expectorations provoquées et ceci avant et après son retour au travail.

Un rapport complémentaire suivra l'obtention des résultats de cette investigation.

Monsieur Duchesneau nous a apporté une liste des nombreux produits chimiques auxquels il est exposé et effectivement, cette liste est très longue et complexe. »

[22] Cette liste produite par le travailleur est la suivante :

« Objet : Liste des contaminants possibles

Cette liste n'a aucune ordre particulière.

Propane, hexane, chloroforme, tétrachlorure de carbone, trichloroéthane, styrène, toluène, alcool aliphatique; méthanol, éthanol, etc... chlorure de vinyle, chlorure de méthyle, acide acétique, ammoniac, formaldéhyde, formol, xylène, mercaptans, disulfure de carbone, mercure, acide organique; butyrique, méthacrylique, etc... et sous la forme de sels alcalins, des amines; éthyl, diéthyl, etc... pyridine, acide sulfurique, acide nitrique, HCl, thiocyanates, acétone, éthylméthylcétone, benzène, hypochlorite de sodium, de calcium, fréons, pesticides et insecticides; lindane, chlordane, pyretrins, malathions, aldrin, carbamate, naphthénate de cuivre, etc..., acrylonitrile, acétate d'éthyle, silanes, trichloroéthylène et beaucoup d'autres.

Cette liste n'est pas exhaustive.

Produits manipulés, reçus ou entreposés fréquamment :

Cette liste n'a aucune ordre particulière.

Peintures latex, à l'huile, aérosols (peintures, dégraissant, savon, etc...), solvants organiques, résine de fibre de verre, colles, pesticides, isocyanates, produit de base pour médicaments et produits de beauté, bronchodilatateurs sous forme d'inhalateur, huiles usées, produits contaminés au BPC, eaux contaminés, mercure, vernis, cyanure de sodium, solvants halogénés, solides et boues contaminés et beaucoup d'autres.

Cette liste n'est pas exhaustive.

Déversements mineurs :

Cette liste n'a aucune ordre particulière

- solvants organiques contaminés non-halogénés
- solvants organiques contaminés halogénés
- acides inorganiques (nitrique, sulfurique)
- eaux contaminés de solvants halogénés et non-halogénés
- isocyanates

Cette liste n'est pas exhaustive. » (sic)

[23] Le 1<sup>er</sup> septembre 1998, le docteur André Desjardins de la Clinique d'asthme de l'Hôpital du Sacré-Cœur, où le travailleur fut référé par le comité des MPP, émet un rapport médical mentionnant que le « *test de provocation bronchique en milieu de travail ne supporte pas le diagnostic d'asthme professionnel ni d'asthme.* » Il recommande le retour au travail le lendemain.

[24] Le 13 octobre 1998, le docteur Desjardins fait rapport au comité des MPP. En voici la teneur :

« [...]

À la demande de votre Comité qui évaluait ce réclamant en date du 13 août 1998, nous avons procédé à des tests de provocation bronchique spécifique en milieu de travail en date du 1<sup>er</sup> septembre qui n'ont pas confirmé le diagnostic d'asthme professionnel. Le graphique du VEMS varie en fonction du temps de cette journée et est joint au rapport.

JOUR A : 31 août 1998

Le patient fut exposé à un diluant nébulisé pour une durée cumulative de 30 minutes dans notre chambre de provocation. Le VEMS de base était de 4.25 L puis a augmenté jusqu'à 4.49 l (+5.6%) pour demeurer stable par la suite. Durant les périodes d'exposition de 10 et 15 minutes, le patient se plaignait d'être engourdi au niveau du visage, d'avoir les jambes molles, d'avoir la tête dans les nuages et les mains moites. A la fin de la journée, on n'objectivait pas d'hyperexcitabilité bronchique significative avec une CP<sub>20</sub> de 51 mg/ml de méthacholine.

JOUR B : 1<sup>er</sup> septembre 1998

Le patient fut accompagné d'une technicienne à son lieu de travail. Il faut noter que le patient était en arrêt de travail depuis le 16 avril, soit quatre mois et demi. Par ailleurs, aux dires du réclamant, l'usine n'était pas en opération lors de cette journée.

Des réservoirs de 1000 L de solvants volatils (styrène, toluène, méthyl-éthyl-cétone) étaient ouverts comme habituellement. Il y avait également de l'acide acétique. Le patient fut exposé pour une durée cumulative de 6 heures. Peu après son entrée dans l'usine, il accusait une toux sèche avec sensation de sécrétions, besoin de se racler la gorge et des éternuements. Il a également présenté une sensation de boule ou de pression rétro-sternale 90 minutes après le début de l'exposition associée à un engourdissement des narines pendant 10 minutes, besoin de soupirer et de bâiller. Selon le patient, la symptomatologie habituelle n'a été reproduite qu'à 25 %, en l'absence d'une sensation de manque d'air et de fatigue. Le VEMS de base était de 4.22 L et n'a pas chuté dans la journée. A la fin de cette journée, on n'objectivait pas d'hyperexcitabilité bronchique significative, avec une CP<sub>20</sub> supérieure à 128 mg/ml de méthacholine.

L'anamnèse du réclamant a la fin de cette journée mettait en évidence une intolérance sous forme de brûlures rétro-sternales en regard des odeurs fortes, peintures, acide acétique ou de fumée. L'épreuve clinique d'hyperventilation reproduisait les sensations de faiblesse, les étourdissements, les engourdissements du visage, des membres supérieurs et inférieurs après seulement 45 secondes.

CONCLUSIONS :

- 1- Pas d'évidence d'asthme ni d'asthme professionnel.
- 2- Toux en rapport avec une rhinite et un écoulement nasal postérieur.

3- Composante d'hyperventilation.

Nous avons rempli un rapport médical de la CSST afin de permettre le retour au travail dès le 2 septembre. Nous avons enseigné au patient les techniques de respiration diaphragmatique et donné les explications concernant le syndrome d'hyperventilation. Nous avons prescrit Flonase deux vaporisations b.i.d. dans chaque narine à titre d'essai.

[...] »

[25] Questionné quant à ce test en milieu de travail, le 1<sup>er</sup> septembre 1998, le travailleur explique qu'à ce moment l'entreprise fonctionne à 25% de sa capacité parce que la CSST a fermé l'usine en raison d'un incendie à la suite duquel un travailleur est décédé. Ce décès serait survenu entre juin et septembre 1998. Donc durant ce test de provocation spécifique, le travailleur s'est promené dans l'usine et après quelques minutes ses symptômes sont revenus (toux, besoin de se racler la gorge). À toutes les 20 ou 30 minutes, la technicienne qui demeure dans les bureaux prend sa tension artérielle et le fait souffler dans un appareil.

[26] Le 22 octobre 1998, le comité des MPP produit l'avis complémentaire suivant :

« Les membres du Comité ont pris connaissance de l'investigation qui a été menée à l'Hôpital du Sacré-Cœur par le Dr Alain Desjardins.

Le réclamant a eu un test de provocation spécifique en usine en date du 1<sup>er</sup> septembre 1998 alors qu'il n'a présenté aucune variation de sa spirométrie ni d'évidence d'asthme puisque son hyperexcitabilité bronchique est demeurée. Le patient a présenté quand même un peu ses symptômes habituels au travail, mais de façon incomplète. La manœuvre d'hyperventilation induisait par ailleurs ses symptômes habituels suggérant un syndrome d'hyperventilation. Par ailleurs, le patient a présenté le besoin de se gourmer faisant penser à une rhinorrhée postérieure.

En conclusion, les membres du Comité ne possèdent pas les éléments nécessaires pour retenir un diagnostic de maladie pulmonaire professionnelle. Le patient ne présente aucune évidence d'asthme ni d'asthme professionnel.

En conséquence, **ils ne recommandent pas d'attribution de DAP.**

**LIMITATIONS FONCTIONNELLES** : Ne s'applique pas.

**TOLÉRANCE AUX CONTAMINANTS** : Ne s'applique pas.

**CONDITIONS MÉDICALES ASSOCIÉES** : Syndrome d'hyperventilation et légère rhinite chronique. »

[27] Le 12 novembre 1998, le comité spécial des présidents, composé des pneumologues, les docteurs Raymond Bégin, Marc Desmeules et Jean-Jacques Gauthier, revoit l'ensemble des éléments au dossier et conclut qu'il ne possède pas les éléments nécessaires pour poser le diagnostic de maladie professionnelle pulmonaire et ne peut accorder un déficit anatomo-physiologique au réclamant. Il réitère que les rubriques concernant les limitations fonctionnelles



et la tolérance aux contaminants ne s'appliquent pas. En terminant, il mentionne que les symptômes rapportés par le réclamant pourraient correspondre à de l'hyperventilation.

[28] Entre-temps, sur référence du docteur Cloutier, le travailleur poursuit ses consultations.

[29] Il consulte en raison de sa fatigue. Le 28 novembre 1998, la docteure Chantal Lafond, pneumologue, rédige un rapport d'investigation d'apnée du sommeil (pièce T-6) concluant à un syndrome d'apnées du sommeil léger. Le travailleur témoigne qu'il suit le conseil qu'on lui donne de perdre du poids et son problème de fatigue en fut réglé.

[30] Il consulte pour savoir si ses symptômes d'étourdissements, d'engourdissements peuvent être reliés à un problème psychiatrique, entre autres, un trouble panique. Le 10 décembre 1998, le docteur Christophe Nowakowski, psychiatre, conclut à un examen normal et émet l'opinion qu'il ne croit pas que le travailleur présente un quelconque problème psychiatrique. Son impression étant que ses symptômes relèvent plutôt d'un problème physique.

[31] Le 10 décembre 1998, liée par l'avis du comité spécial des présidents, conformément à l'article 233 de la LATMP, la CSST refuse la réclamation du travailleur pour maladie professionnelle pulmonaire en date du 16 avril 1998 et l'informe qu'il n'a pas droit aux indemnités prévues à la loi. C'est pourquoi, la CSST informe le travailleur que les indemnités de remplacement du revenu, qu'il reçoit temporairement en application de l'article 129 de la LATMP, prennent fin le 8 décembre 1998.

[32] Le travailleur demande la révision de cette décision et, dans sa lettre de contestation, il admet que les tests n'ont pas démontré d'asthme professionnel mais il affirme que ses symptômes ressentis en milieu de travail l'empêchent d'exercer son métier de chimiste. Il affirme avoir développé une sensibilité olfactive au point de ne pouvoir utiliser aucun produit chimique à la maison ou au garage sans problème.

[33] À compter de janvier 1999, le travailleur se trouve un nouvel emploi dans un club de curling. Il affirme que ses symptômes réapparaissent en raison du système à l'ammoniac pour la glace et l'insecticide appliqué dans la cuisine. De janvier à mars 1999, il ne travaille pas. Par la suite, il travaille 2-3 jours/semaine comme technicien de son où il n'est exposé à aucun produit chimique.

[34] Le 26 février 1999, la révision administrative confirme la décision de première instance, d'où la présente requête.

[35] Le travailleur consulte ensuite le docteur Serge Lecours, spécialiste en santé communautaire et toxicologie. Le premier rapport médical au dossier, produit par ce médecin,

est daté du 18 mai 1999. Cependant, il y a vraisemblablement eu consultation auprès de ce médecin avant cette date. En effet, deux spécialistes, les docteurs Arnold et Chagnon adressent, avant cette date, des rapports au docteur Lecours. De plus, dans son rapport d'évaluation médicale dont nous traiterons ultérieurement, le docteur Lecours écrit avoir fait évalué le travailleur dans différentes disciplines.

[36] Ainsi, le travailleur consulte le 16 février 1999 le docteur Douglas Arnold, neurologue (pièce T-8). La raison de consultation est la suivante :

« [...] He is coming to see me because of the question of relation of his headaches to his previous occupation. He says that the headaches are precipitated by smells from various organic chemicals and perfumes. [...]

[37] Le docteur Arnold conclut à un examen neurologique normal et émet l'opinion suivante :

« IMPRESSION : The headaches have something of the flavor of migraine, although they would not fit strict criteria. Precipitation of migraine by certain smells is well-described. However, his situation would appear to be a rather extreme example of this, to the point that it raises the question of sensibilization of his olfactory and limbic system, having induced adaptations that are now somewhat disabling. Although such speculations have been made to explain this sort of symptom in the past, it would not necessarily be accepted by all, and begins to border on the multiple chemical sensitivity syndrome with all the controversies associated with that entity. I am not an authority in this area and cannot pronounce definitively. I do believe him, however when he says his headaches are precipitated by smells.

As far as treatment is concerned, the obvious thing is to avoid the smells. When he gets the headaches, change of environment and if necessary an aspirin, have generally been sufficient and should continue to be sufficient. I would not undertake any neurologic investigation. »

[38] Le travailleur consulte aussi la docteure Françoise Chagnon, otolaryngologiste. Voici ce que ce médecin écrit le 23 mars 1999 (pièce T-9) :

« Votre patient a été vu au Laboratoire de la voix le 10 mars 1999. Il présente une pharyngite chronique. Le dépistage microbiologique a démontré une infection au Streptocoque pour laquelle je lui prescrit Penicilline.

Un C.T. scan des sinus est cédulé le 27 avril 1999. Un suivi est cédulé pour le 18 mai 1999. »

[39] Le travailleur confirme qu'il fut traité avec succès au moyen d'antibiotiques, ses symptômes à la gorge ayant alors disparus. Par contre, la docteure Chagnon demande un scan qui révèle que ses sinus sont bloqués.

[40] Le 18 mai 1999, le docteur Lecours produit au dossier un rapport médical comportant les diagnostics de rhinopharyngite et sinusite et mentionnant que ces conditions sont en évaluation.

[41] En juillet 1999, le travailleur consulte le docteur Paradis, allergiste, Ce dernier n'objective aucune allergie. Le travailleur témoigne que ce médecin lui fourni un échantillon de médicament qui règle son problème d'écoulement nasal. C'est pourquoi il ne retourne pas consulter la docteure Chagnon par la suite.

[42] Le 16 novembre 1999, le docteur Lecours produit un rapport d'évaluation médicale avec bilan des séquelles. Il est utile de reproduire la partie historique de son rapport qui fait référence à des éléments de preuve qui ne se retrouvent pas au dossier :

« Il s'agit donc d'un patient âgé de 35 ans au moment de le rencontrer le 8 janvier 1999. Il est à l'emploi depuis 3 ans de CRI Environnement à Coteau du Lac. Il s'agit d'un centre de transfert de déchets dangereux où Monsieur Duchesneau travaille comme chimiste. Il est ainsi exposé à plusieurs agents chimiques dont des solvants organiques : toluène, xylène et autres contaminants.

Depuis janvier 1998, il présente, de manière progressive, une toux avec expectoration sans sibylance ni dyspnée mais avec une oppression et douleur thoracique. Il présente aussi des céphalées à tous les 2-3 jours qui diminuent avec la prise d'Aspirin. Ces dernières ne sont pas pulsatiles augmentent lors d'effort physique, sans nausées mais avec photophobies et augmentées par les odeurs. Il était amélioré durant les vacances et avait récidivé au retour au travail. Il restait avec une fatigue et une fatiguabilité. Il avait été évalué à l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et il présentait aussi un trouble du sommeil. À l'examen initial, il présentait une pharyngite granuleuse. Nous l'avons fait évalué par différentes disciplines.

Lorsque revu le 3 septembre 1999, il rapportait une céphalée, prurit pharyngée, rhinorrhée avec éternuement et prurit après avoir été exposé à un agent chimique (solvant). Vous avons conclu à une rhinite post-exposition chimique. L'évaluation en ORL le 18 mai 1999 concluait à une rhino-sinusite et pharyngite chronique, par Docteur Chagnon. L'évaluation du 23 mars 1999 concluait à la présence d'une pharyngite chronique et d'une infection au Streptocoque.

Il a été vu par Docteur Arnold en neurologie le 16 février 1999. Ce dernier concluait à des céphalées qui ont une saveur de migraine bien qu'il ne répondait pas à tous les critères. Le neurologue faisait remarquer que des migraines étaient précipitées par certaines odeurs et que ce phénomène était bien décrit.

L'évaluation du Docteur J.L. Malo (sic) du 13 octobre 1998 pour le CMPP concluait à l'absence d'asth et d'asthme professionnel : toux en rapport avec une rhinite et un écoulement nasal postérieur et une composante d'hyperventilation. Le rapport complémentaire du CMPP du 22 octobre 1998 mentionne « la manœuvre d'hyperventilation induisait par ailleurs ces symptômes habituels suggérant un syndrome d'hyperventilation ». Le CMPP concluait à un syndrome d'hyperventilation et une légère rhinite chronique comme condition médicale associée.

Rapport du Docteur Jacques Malo, pneumologue du 8 juillet 1999 : ce dernier fait état de quelques anomalies respiratoires de type hypopnées obstructives pour un index comparable autour de 27-30. On observe donc un sommeil de faible efficacité, une forte agitation motrice pendant la nuit et cette diminution d'efficacité du sommeil peut en soi expliquer les phénomènes de fatigue et de somnolence décrit par le patient.

Docteur Chagnon concluait le 20 juillet 1999 à une rhino-pharyngite infectueuse en mai 1999.

Il a été vu par le Docteur Paradis en juillet 1999. Ce dernier mentionnait qu'il avait eu des contacts lors d'accidents chimiques à 2 reprises. Il note que depuis l'arrêt de travail, il y a amélioration des symptômes mais la persistance de la sensibilité des muqueuses nasales ++++. Les tests aux inhalants habituels sont négatifs. Il concluait à une rhinite per-annuelle de type irritative et d'éviter les contacts aux irritants chimiques.

Une radiographie du 18 mai 1999 démontait une sinusite bilatérale ethmoïdienne et sphénoïdienne ainsi qu'un kyste de rétention au maxillaire gauche.

En résumé et après avoir exclu certaines conditions personnelles, il reste par rapport au travail les diagnostics suivants : rhinite vasomotrice importante très symptomatique survenue après les accidents de travail chimique, un syndrome d'hyperventilation. Il y a eu surinfection (rhino-pharyngite. » (sic)

[43] À l'examen clinique pratiqué par le docteur Lecours, les manoeuvres d'hyperventilation reproduisent la symptomatologie ressentie au travail, la tension artérielle est à 120 sur 80, le rythme cardiaque est à 72. La muqueuse nasale présente un léger œdème, les cornets sont augmentés de volume. Le pharynx présente des granulations lymphoïdes. Le docteur Lecours attribue un déficit anatomo-physiologique de 3% pour sensibilisation (code 222011) et conclut :

« Il s'agit donc d'un travailleur qui a déclenché une rhinite vasomotrice dans son milieu de travail et il est devenu très hypersensible aux irritants chimiques. Par ailleurs il présente de l'hyperventilation d'étiologie, anxigène (par exclusion). Il ne devrait donc plus être exposé dans un environnement de travail où il y a des irritants chimiques. Il devrait être traité pour son hyperventilation et une réévaluation de ses limitations faites après un traitement. Par ailleurs le traitement de cortico-stéroïde topique n'est pas très efficace chez ce patient. »

[44] Puisqu'il s'agit d'une réclamation pour maladie professionnelle pulmonaire en avril 1998 et que ce n'est qu'en novembre 1999 que le docteur Lecours fait référence, dans son rapport d'évaluation médicale, à des « *accidents de travail chimique* », des explications sont demandées au travailleur. Ce dernier reconnaît n'en avoir pas fait état dans sa réclamation par manque d'informations.

[45] Il produit un rapport d'intervention (no° I171182 – dossier 2699072) chez CRI Environnement inc, rédigé le 13 décembre 1995 par monsieur Gilles Gagné, inspecteur à la CSST, (pièce T-1) concernant des émanations, en novembre 1995, de mercaptan et de formaldéhyde forçant l'évacuation de l'usine. Voici un extrait de ce rapport :

« Il y a eu en novembre des émissions de gaz toxiques.

Il y a d'abord eu au début de novembre des émanations mercaptan. Suite à cet événement, l'on a apporté des modifications à la prise d'air du bureau en la rallongeant de dix (10) à quinze (15) pieds.

Il y a aussi eu des émissions de formaldéhyde en novembre. L'on a reçu d'un client vingt-cinq (25) tonnes de formaldéhyde que l'on a déchargées avec deux cents (200) tonnes d'autres résidus solides. En mélangeant la formaldéhyde avec le tubrex, il s'est

produit une réaction exothermique. Le tubrex est utilisé pour rendre la consistance des résidus plus solide. C'est un produit légèrement basique alors que la formaldéhyde est acide. En manipulant les deux cents (200) tonnes de résidus mêlés avec la formaldéhyde, il y a eu des émissions de formaldéhyde qui ont forcé l'évacuation de l'usine à quatre (4) ou (5) fois. Il y a eu aussi une panne de courant le 10 novembre 1995. Alors la ventilation était fermée, des vapeurs de formaldéhyde se sont infiltrées dans la cage d'escalier. »

[46] Le travailleur témoigne qu'il travaille dans l'usine au moment des émanations de formaldéhyde et que durant les deux ou trois jours qui suivent, il ressent des symptômes sous forme de brûlements à la gorge et les narines enflées. Il ne consulte cependant aucun médecin.

[47] Il produit un autre rapport d'intervention (no° I203352 – dossier 3119096) chez CRI Environnement inc, rédigé le 23 juillet 1998 par madame Sophie Brouillard, inspectrice à la CSST. En voici un extrait :

« L'intervention faisant l'objet du présent dossier a été amorcée suite à une réaction chimique imprévue dans un réservoir le 24 mars 1998, ayant généré un dégagement gazeux. Par la suite, un incendie s'est déclaré dans un baril l'après-midi même et un autre dans l'aire des solides le 20 juin.

Nous discutons de ces événements. Le chimiste, monsieur Lanoue, nous explique la difficulté associée à la prévision exacte du comportement chimique des déchets après leur combinaison. Je souligne que même si cette tâche est ardue, elle doit être accomplie pour garantir la sécurité des travailleurs, puisque les réactions chimiques imprévues représentent un danger sérieux. Ainsi, un travailleur a été incommodé par le dégagement gazeux du mois de mars et souffre d'une maladie professionnelle pulmonaire depuis ce temps. »

[48] Précisons d'abord que le travailleur n'est pas celui dont on parle dans ce rapport. De plus, rappelons que le 20 juin 1998 et en juillet 1998, au moment de la rédaction de ce rapport, le travailleur est en arrêt de travail.

[49] Le travailleur témoigne que le 24 mars 1998, alors qu'il exerce ses fonctions de superviseur des opérations et se trouve dans l'usine, survient une réaction chimique à l'intérieur d'un réservoir, laquelle provoque un nuage gazeux et un débordement dans l'usine. Le travailleur reconnaît avoir reçu une formation en matière d'intervention en cas de déversement et une formation en matière de sauvetage. Il reconnaît qu'à cette époque, il dispose d'un équipement de protection. Cependant, il affirme que le 24 mars 1998 il procède au pompage de cette matière sans aucune protection et respire ainsi ces émanations pendant 15 minutes. Il ressent alors des brûlements aux poumons, au nez, à la figure et aux yeux.

[50] Au moment du débordement, il y a évacuation de l'usine mais après le nettoyage, les opérations reprennent. C'est alors qu'une réaction se fait dans un baril qui dégage du chlore gazeux. Le travailleur affirme avoir sorti le baril à bout de bras et avoir ressenti des symptômes

de brûlements au nez, à la figure et à la gorge. Il prend congé durant le reste de l'après-midi mais ne consulte aucun médecin. Le lendemain, il revient au travail, a mal à la gorge, à la tête, se sent étourdi et sent le bout de ses doigts engourdis. Durant les jours suivants, ses symptômes augmentent chez-lui en faisant des rénovations. De retour au travail en avril 1998, tous ses symptômes reviennent et c'est alors qu'il décide de consulter le docteur Cloutier le 16 avril 1998.

[51] Questionné à savoir s'il y a encore persistance d'une symptomatologie, le travailleur affirme qu'elle revient en présence d'odeurs fortes, lors de travaux de peinture ou lorsque, par exemple, son voisin fait arroser sa maison contre les araignées. Il ressent un point dans la poitrine, de la toux, des maux de tête mais pas d'écoulement du nez.

### **L'AVIS DES MEMBRES**

[52] Les membres issus des associations syndicales et d'employeurs sont d'avis de confirmer la décision de la révision administrative portant sur le refus de la réclamation pour maladie professionnelle pulmonaire à la suite de l'avis du comité spécial des présidents.

[53] Le membre issu des associations syndicales est d'avis d'accueillir la requête du travailleur et de reconnaître que sa rhinite et son syndrome d'hyperventilation relèvent d'une maladie professionnelle selon l'opinion probante du docteur Lecours.

[54] Le membre issu des associations d'employeurs est d'avis de rejeter la requête du travailleur vu l'insuffisance de preuve pour établir une relation causale entre son travail et les diagnostics de rhinite et syndrome d'hyperventilation.

### **LES MOTIFS DE LA DÉCISION**

[55] La Commission des lésions professionnelles doit décider si le travailleur a subi le 16 avril 1998 une lésion professionnelle.

[56] Au début de l'investigation médicale, lors de la production de la réclamation auprès de la CSST, un diagnostic d'asthme professionnel est suspecté et tel que le prévoient les dispositions particulières aux maladies professionnelles pulmonaires, à la section II du chapitre VI de la LATMP, aux articles 226 et suivants, la CSST réfère le travailleur à un comité des maladies professionnelles pulmonaires qui rend un avis préliminaire, demande un complément de preuve et rend finalement son avis, lequel est entériné par le comité spécial des présidents. Ces comités écartent le diagnostic d'asthme professionnel.

[57] Aux fins de rendre sa décision, la CSST est liée par l'avis du comité spécial des présidents, conformément à l'article 233 de la LATMP:

**233.** Aux fins de rendre une décision en vertu de la présente loi sur les droits du travailleur qui lui produit une réclamation alléguant qu'il est atteint d'une maladie professionnelle pulmonaire, la Commission est liée par le diagnostic et les autres constatations établis par le comité spécial en vertu du troisième alinéa de l'article 231.

1985, c. 6, a. 233.

[58] La CSST refuse donc la réclamation puisque le travailleur n'est pas reconnu porteur d'une maladie professionnelle pulmonaire, ce qui est confirmé par la révision administrative. Sur cet aspect de la qualification de maladie professionnelle pulmonaire, cette décision est bien fondée et doit être maintenue.

[59] D'ailleurs, l'investigation médicale s'est poursuivie et le travailleur n'offre aucune preuve non plus qu'aucune argumentation visant à faire reconnaître qu'il souffre d'asthme professionnel. Il demande plutôt à la Commission des lésions professionnelles de reconnaître que les diagnostics de rhinite et de syndrome d'hyperventilation finalement retenus relèvent d'une maladie professionnelle.

[60] La CSST ne s'est pas prononcée sur cet aspect. Cependant, compte tenu de l'ensemble de la preuve présentée devant la Commission des lésions professionnelles et des pouvoirs qui lui sont conférés à l'article 377 de la LATMP, cette dernière étudiera la cause au mérite et se prononcera sur l'admissibilité de cette réclamation en application de la loi :

**377.** La Commission des lésions professionnelles a le pouvoir de décider de toute question de droit ou de fait nécessaire à l'exercice de sa compétence.

Il peut confirmer, modifier ou infirmer la décision, l'ordre ou l'ordonnance contesté et, s'il y a lieu, rendre la décision, l'ordre ou l'ordonnance qui, à son avis, aurait dû être rendu en premier lieu.

1985, c. 6, a. 377; 1997, c. 27, a. 24.

[61] La présomption de lésion professionnelle, prévue à l'article 28 de la LATMP, ne trouve certes pas application en l'absence de preuve de blessure :

**28.** Une blessure qui arrive sur les lieux du travail alors que le travailleur est à son travail est présumée une lésion professionnelle.

1985, c. 6, a. 28.

[62] Par ailleurs, la Commission des lésions professionnelles estime qu'elle ne dispose pas d'une preuve suffisante pour faire l'analyse des événements survenus en novembre 1995 et mars 1998 rapportés par le travailleur au cours de son témoignage et dont il est fait mention aux

pièces T-1 et T-2, en fonction de la notion d'accident du travail. La Commission des lésions professionnelles devra cependant discuter de l'incidence de ces événements dans le cadre de la preuve d'exposition à des émanations de produits chimiques.

[63] Demeure donc la qualification de maladie professionnelle. À cet égard, il y a lieu de préciser que la présomption de maladie professionnelle, prévue à l'article 29 de la LATMP, ne trouve pas application puisque les diagnostics de rhinite et de syndrome d'hyperventilation ne sont pas énumérés à l'annexe I de la LATMP :

**29.** Les maladies énumérées dans l'annexe I sont caractéristiques du travail correspondant à chacune de ces maladies d'après cette annexe et sont reliées directement aux risques particuliers de ce travail.

Le travailleur atteint d'une maladie visée dans cette annexe est présumé atteint d'une maladie professionnelle s'il a exercé un travail correspondant à cette maladie d'après l'annexe.

---

1985, c. 6, a. 29.

[64] Dans ce cas, la Commission des lésions professionnelles doit vérifier si la preuve présentée par le travailleur répond aux critères énoncés à l'article 30 de la LATMP :

**30.** Le travailleur atteint d'une maladie non prévue par l'annexe I, contractée par le fait ou à l'occasion du travail et qui ne résulte pas d'un accident du travail ni d'une blessure ou d'une maladie causée par un tel accident est considéré atteint d'une maladie professionnelle s'il démontre à la Commission que sa maladie est caractéristique d'un travail qu'il a exercé ou qu'elle est reliée directement aux risques particuliers de ce travail.

---

1985, c. 6, a. 30.

[65] Les premiers critères énoncés à cet article sont satisfaits, à savoir que le travailleur n'est pas atteint d'une des maladies énumérées à l'annexe I et qu'il ne fut pas victime d'un accident du travail.

[66] Concernant la qualification de maladie caractéristique du travail exercé, la Commission des lésions professionnelles constate que le travailleur n'a pas présenté une preuve suffisante, notamment de nature épidémiologique, permettant de conclure que la rhinite et le syndrome d'hyperventilation sont caractéristiques du travail de chimiste et superviseur des opérations.

[67] La question sur laquelle la Commission des lésions professionnelles doit se pencher est donc celle de déterminer si ces lésions sont directement reliées aux risques particuliers de ce travail. À cette fin, le travailleur a le fardeau de démontrer, par preuve prépondérante, l'existence de risques particuliers à son travail et, par preuve médicale prépondérante, l'existence d'une relation causale entre les diagnostics posés et ces risques particuliers.



[68] Le travailleur invoque que son exposition à des émanations de produits chimiques constitue un risque particulier de son travail. Afin de démontrer la présence d'émanations de produits chimiques, dans l'air ambiant des lieux de travail, le travailleur n'apporte aucune preuve directe, telle l'analyse d'échantillonnages de prises d'air à une époque contemporaine à sa réclamation. Quoiqu'il en soit, la Commission des lésions professionnelles constate que la preuve dont elle dispose apporte suffisamment d'éléments pour conclure à une telle exposition.

[69] D'abord, en soi, les activités exercées par les entreprises de récupération et/ou de recyclage de produits chimiques, domestiques et industriels, comportent des risques inhérents de cette nature. Il ne s'agit pas, par exemple, de l'utilisation isolée de tel ou tel produit chimique dans une usine mais bien d'entreprises qui se spécialisent dans la récupération de produits chimiques dont la liste dressée par le travailleur est très longue et complexe, comme le constatait le comité des MPP. La toxicité de plusieurs de ces produits est reconnue dans la littérature scientifique (pièces T-3, T-4, T-5) déposée par le travailleur.

[70] Le travailleur témoigne que lorsqu'il exerçait le travail de chimiste et faisait de l'identification de produits chimiques, de la mise en vrac et du brassage des matières solides et lorsqu'il exerçait ses fonctions de superviseur dans l'usine, il respirait des odeurs fortes émanant de ces produits. Il témoigne que ces odeurs fortes se perçoivent couramment dans l'air ambiant et ce, sans compter les réactions chimiques inattendues comme celles de novembre 1995 et de mars 1998 où des nuages de vapeurs gazeuses sont dégagés.

[71] Le témoignage du travailleur est appuyé par la preuve documentaire émanant de certains intervenants. En effet, le docteur Desjardins de la Clinique d'asthme de l'Hôpital du Sacré-Cœur, mandaté par le comité des MPP, rapporte que lors de la provocation spécifique en usine, le 1<sup>er</sup> septembre 1998, des réservoirs de 1000 L de solvants volatils (styrène, toluène, méthyl-éthyl-cétone) sont ouverts, de même que de l'acide acétique. Les rapports d'intervention (pièces T-1 et T-2) émis par les inspecteurs de la CSST font état d'émanations de mercaptan, de formaldéhyde, de réactions chimiques imprévues avec dégagement gazeux lors de la combinaison de produits ainsi que d'un incendie dans un baril. Le travailleur témoigne qu'il s'agissait de chlore gazeux.

[72] Ces éléments établissent de façon prépondérante l'exposition du travailleur à des émanations de produits chimiques à son travail de chimiste et de superviseur de la production, ce qui constitue un risque particulier de ce travail.

[73] Quant à l'existence d'une relation causale, la Commission des lésions professionnelles estime qu'elle est établie de façon probante. Le travailleur témoigne que depuis 1995, il ressent des symptômes lorsqu'il est en contact, à son travail, avec des émanations de produits chimiques, lesquels symptômes s'estompent lorsqu'il n'est plus en contact. Toutefois depuis janvier 1998,

les symptômes persistent. Il y a donc une progression de la symptomatologie au fil des années d'exposition. En mars 1998, survient la réaction chimique imprévue dans un réservoir, laquelle entraîne un déversement de liquide et un dégagement gazeux. Le travailleur procède au pompage sans aucune protection et respire des émanations. Le même jour, un incendie se déclare dans un baril qu'il transporte à l'extérieur. Lors de ces incidents, il ressent divers symptômes qui s'estomperont quelque peu. Après des vacances, ses symptômes réapparaissent et n'en pouvant plus en avril 1998, le travailleur consulte le docteur Cloutier. Il y a tentative de retour au travail en juin 1998 avec reprise de la symptomatologie. Il y a provocation spécifique en usine le 1<sup>er</sup> septembre 1998 avec reprise de la symptomatologie malgré le ralentissement des opérations. Le travailleur témoigne de l'atténuation de sa symptomatologie depuis le retrait de son travail mais de la reprise de celle-ci lorsqu'il est en contact avec des émanations de produits chimiques ou odeurs fortes (odeurs d'ammoniaque au club de curling, arrosage de maison contre les araignées, peinture). La Commission des lésions professionnelles estime que cette description des symptômes est compatible avec le déclenchement d'une maladie professionnelle.

[74] Une investigation médicale fut faite dans diverses spécialités en fonction des différents symptômes allégués. Le diagnostic d'asthme est écarté. Aucune allergie n'est objectivée. Aucune pathologie de nature psychologique pouvant expliquer certains symptômes n'est objectivée. Certaines conditions sont soignées (infection au Streptocoque soignée par la prise d'antibiotiques; écoulement nasal soigné par un médicament fourni par l'allergiste; apnée du sommeil léger contrôlée par la perte de poids). Les céphalées ne sont pas expliquées de façon probante en neurologie mais il est noté qu'elles sont précipitées par les odeurs fortes. Pour les fins de la présente décision, la Commission des lésions professionnelles n'a pas à qualifier toutes les conditions investiguées. Le fait que certaines d'entre elles puissent être de nature personnelle n'exclut pas pour autant l'existence concomitante de la maladie professionnelle contractée.

[75] Le docteur Lecours, dont l'opinion apparaît probante, retient les diagnostics de rhinite et de syndrome d'hyperventilation, comme étant reliés au travail puisque déclenchés à la suite de l'exposition aux irritants chimiques au travail. Ces diagnostics sont d'ailleurs notés comme conditions médicales associées par le comité des MPP. Cette mention n'a pas le caractère liant qui découle de l'article 233 de la LATMP mais elle fait partie de la preuve médicale et offre une valeur probante. En effet, ce comité s'appuie aussi sur les données recueillies par le docteur Desjardins mandaté pour superviser un test de provocation spécifique en milieu de travail. Il est en preuve que ce 1<sup>er</sup> septembre 1998, même avec des activités réduites dans l'usine, le travailleur présente « *une intolérance sous forme de brûlures rétrosternales en regard des odeurs fortes, peintures, acide acétique ou de fumée.* ». De plus, il est noté que l'épreuve clinique d'hyperventilation reproduit « *les sensations de faiblesse, les étourdissements, les engourdissements du visage, des membres supérieurs et inférieurs seulement après 45 secondes.* »

[76] En outre, la littérature scientifique déposée (pièces T-3, T-4, T-5) par le travailleur porte sur la toxicité de plusieurs produits chimiques auxquels il fut exposé et ses symptômes sont compatibles avec ceux rapportés dans la littérature.

[77] De ce qui précède et en l'absence de preuve contraire, la Commission des lésions professionnelles en vient à la conclusion que la rhinite et le syndrome d'hyperventilation furent déclenchés chez ce travailleur en raison du risque particulier que constitue son exposition à des émanations de produits chimiques à son travail de chimiste et superviseur de la production et qu'il s'agit en l'espèce d'une maladie professionnelle au sens de l'article 30 de la LATMP.

**PAR CES MOTIFS, LA COMMISSION DES LÉSIONS PROFESSIONNELLES :**

**ACCUEILLE** la requête du travailleur du 30 mars 1999;

**CONFIRME** la partie de la décision de la révision administrative du 26 février 1999 qui conclut que le travailleur n'a pas subi de maladie professionnelle pulmonaire;

**INFIRME** toutefois cette décision quant au refus de la réclamation et quant à l'absence de droit aux indemnités;

**DÉCLARE** que le travailleur, monsieur Jean Duchesneau, a subi une maladie professionnelle le 16 avril 1998 et qu'il a droit aux prestations prévues à la LATMP.

---

M<sup>e</sup> Lina Crochetière  
Commissaire